

# Universidad del Salvador

Facultad de Medicina

Escuela de Disciplinas Paramédicas

**Carrera De Musicoterapia  
Licenciatura en Musicoterapia**



**TESIS**

***Musicoterapia y Autismo  
Estudio de un caso***

UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

**Autoras**

Mta. Paula Castagnino  
Mta. Florencia Rodeyro

**AÑO 2007**

## INDICE

Sección Preliminar.....	2
Prefacio.....	2
Agradecimiento.....	2
Introducción.....	3
Tema De Investigación.....	4
Significado del problema.....	5
Objetivos de la tesis.....	5
 1ª PARTE	
Planteamiento del Problema.....	7
Definición De Autismo.....	7
Historia Del Autismo.....	13
<i>Descubrimiento.....</i>	13
<i>Primeras teorías sobre las causas.....</i>	14
<i>Posibles Tratamientos.....</i>	14
<i>Cambios en el significado de la palabra Autismo.....</i>	15
<i>Que no es Autismo.....</i>	18
Causas.....	23
Inicio De La Sintomatología.....	29
Formas de diagnostico.....	29
El lenguaje en el autismo.....	32
<i>Evolución normal del habla y del idioma.....</i>	32
<i>Características del lenguaje en el autismo.....</i>	33
 2ª PARTE	
La Musicoterapia en el Autismo.....	42
Algunas cuestiones en relación a las discusiones teóricas.....	42
La musicoterapia en el tratamiento del autismo.....	44
Líneas teóricas de tratamiento del autismo en musicoterapia en la actualidad.....	47
El encuadre en musicoterapia.....	50
 3ra PARTE	
Investigación - Estudio de un Caso.....	53
Metodología De Investigación.....	53
Protocolos de puntuación y gráficos.....	53
Sobre la experiencia de campo "un proceso musicoterapéutico".....	54
Presentación Del Caso.....	54
Al iniciar el tratamiento.....	57
Lugar de las sesiones.....	58
Análisis cuantitativo de le experiencia de campo.....	87
Evolución del lenguaje - "como indicador de evolución del tratamiento...".....	88
Desde lo musical.....	93
Resumen y conclusiones.....	95
Bibliografía.....	98

## **Introducción**

Nuestro comienzo en la clínica como musicoterapeutas fue con pacientes autistas. Esto impactó sensiblemente, obviamente nuestra emoción, pero al mismo tiempo las fuertes e insistentes preguntas sobre como abordar al autista, de que manera nos posicionamos teórica y también filosóficamente. En relación a esto último devinieron otros cuestionamientos, tales como “que esperar”, “que se puede esperar?”, se pueden establecer límites de expectativas?”, no sería esto último, establecer generalizaciones peligrosísimas, que están mas de la mano de terapeutas y padres desesperados que necesitan de la certeza, que no existe ni en casos de normalidad?.

En fin, las preguntas se suscitan interminablemente, y viejas preguntas se reformulan con nuevos cuestionamientos, pero cuando llega la hora de encarar el tratamiento, comenzar con el “proceso terapéutico”, estar cara a cara con el paciente, es cuando se pone en juego nuestro conocimiento y nuestras ignorancias, nuestras ganas y nuestros miedos. Un miedo que también va de la mano de la profunda sensación de vacío y soledad que esta patología genera, miedo a ayudar sin quedar atrapado, miedo a quedar tan distante, en una posición defensiva, que justamente trabaje obturando el proceso, trabajando en pos de la iatrogenia. Es por todo esto que consideramos de inestimable valor el enfoque psicodinámico que da sustento a un profundo posicionamiento filosófico humanista que nos define

Creemos que no podemos obviar de ninguna manera en cualquier tratamiento que se aborde, la presencia del “inconciente”, ésta parte del individuo que está velada a simple viste, que se manifiesta en el discurso, en los lapsus, en los sueños. No considerar la vastedad de cuestiones que están en juego y que no son concientes, en un individuo y su sistema familiar, que deben ser cuidadosamente, investigadas mediante anamnesis, formas y estilos que se observan en la forma en la que hacen frente al tratamiento. No nos es ingenuo por

ejemplo el acatamiento y respeto por el encuadre propuesto por el terapeuta, o por el contrario el boicot al mismo, estas situaciones podrían estar dándonos datos de resistencias defensivas al cambio; sin esto último ser dicho o aún, percibido por el paciente, o, familia del mismo.

Como también pensamos que será determinante en la estructuración subjetiva de todo individuo el lugar simbólico que le es otorgado (parafraseando a Coriat)

Y que será determinante en el niño

Es , en este sentido, de vital importancia, advertir cual es el significado de este niño para sus padres, de que manera individual y única viven su patología, y quizás la provoquen.

Maud Manoni nos dice, *“El sujeto juega para su madre, desde la concepción, un papel muy preciso en el plano fantasmático; su destino está ya trazado: será ese objeto sin deseos propios cuyo único rol consistirá en colmar la vida materna*

*Tratando de distinguir, a través del tratamiento ,las fantasía del niño de las maternas, llevo al sujeto a asumir su propia historia, en lugar de permanecer alineado en la de la madre”<sup>1</sup>*

Es porque a la hora de comenzar el tratamiento, tuvimos presentes y dirigieron nuestro trabajo, lo antes dicho (entre otras cosas también), que un enfoque psicodinámico, que tuviese como premisa básica la existencia del inconciente con todo lo que esto conlleva, ordena y organiza nuestro trabajo y la forma de pensar sobre el autismo

### **Tema De Investigación**

El autismo bajo un abordaje psicodinámico. Estudio de un caso

---

<sup>1</sup> Mannoni, *El niño retardado y su madre*, Ed Paidós, cap. 4(La relación fantasmática del niño con su madre), pag 57

## ***Significado del problema***

Nuestro desafío está planteado sobre la posibilidad de favorecer/ aumentar la interacción; por el contrario disminuir el aislamiento en el autismo, valiéndonos de un enfoque psicodinámico,

## **OBJETIVO DE LA TESIS**

Basándonos en un abordaje de tipo psicodinámico nos proponemos como


### ***Objetivo general***

♪ A través del establecimiento de una transferencia positiva con el terapeuta, y utilizando el recurso musical; la posibilidad de reelaborar o reeditar situaciones de la vida del paciente, que por una multiplicidad de factores, quedaron enquistadas, no pudiendo el individuo desarrollarse normalmente.

### ***Objetivos específicos***

- ♪ Favorecer la interacción del paciente con el musicoterapeuta
- ♪ Disminuir los momentos de desconexión y aislamiento del paciente.
- ♪ Lograr el aumento de la capacidad expresiva, espontánea y comunicativa del paciente.





# Primera parte

## Planteamiento del problema

USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## Planteamiento del Problema

### Definición De Autismo

El término "Autismo" - que proviene del griego y significa "sí mismo" - fue utilizada por primera vez por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler en un tomo del *American Journal of Insanity* en 1912. Fue tomado por Kanner del término planteado por Bleuler originalmente, siendo este último quien lo utiliza para referirse a los pacientes con esquizofrenia que tendían a retirarse del mundo social para sumergirse en sí mismos a las fantasías de sus pensamientos (Frith, 1999). Kanner toma el término para referirse a la incapacidad para establecer relaciones sociales, diferenciándose del concepto de Bleuler por que consideraba que las personas con autismo tenían una deficiente imaginación (Rivière, 1997).

La clasificación médica del autismo, entonces, no ocurrió hasta 1943 cuando el Dr. Leo Kanner del Hospital John Hopkins estudió a un grupo de 11 niños e introdujo la caracterización *autismo infantil temprano*. Al mismo tiempo, un científico Austriaco, el Dr. Hans Asperger, utilizó coincidentemente el término *psicopatía autista* en niños que exhibían características similares. El trabajo del Dr. Asperger, sin embargo, no fue reconocido hasta 1981 (por medio de la psiquiatra inglesa Lorna Wing que, como resultado de tener una hija autista, se involucró en la investigación de trastornos del comportamiento, particularmente en el espectro del autismo.), debido principalmente a que fue escrito en alemán.

Las interpretaciones del comportamiento de los grupos observados por Kanner y Asperger fueron distintas. Kanner reportó que 3 de los 11 niños no hablaban y los demás no utilizaban las capacidades lingüísticas que poseían. También notó el comportamiento auto-estimulatorio y "extraños" movimientos de aquellos niños. Asperger notó, más bien, sus intereses intensos e inusuales, su repetitividad de rutinas, y su apego a ciertos objetos. Indicó que algunos de estos niños hablaban como "pequeños profesores" acerca de su área de

interés, y propuso que para tener éxito en las ciencias y el arte, un poco de autismo puede ser útil.

Aunque tanto Hans Asperger como Leo Kanner posiblemente observaron la misma condición, sus diferentes interpretaciones llevaron a la formulación de Síndrome de Asperger (término utilizado por Lorna Wing en una publicación en 1981) y lo que comúnmente se llama *autismo de Kanner* para referirse a autismos de alto y bajo funcionamiento respectivamente.

La siguiente descripción esta recogida del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM IV):

### **CRITERIOS DIAGNOSTICOS 299.00 DEL SÍNDROME AUTISTA**

A. Un total de 6 (o más) síntomas del tipo (1), (2) y (3) con al menos dos del tipo (1), y uno de cada uno de los tipos (2) y (3):

(1) discapacidad cualitativa de interacción social, manifestada a través de al menos dos de los siguientes puntos:

a) discapacidad marcada en el uso de comportamientos no-verbales múltiples, tales como mirar a los ojos, expresión facial, postura del cuerpo y gestos para regular la interacción social

b) Incapacidad de desarrollar relaciones con compañeros de su edad, apropiadas al nivel de desarrollo

c) ausencia de la búsqueda espontánea de compartir el disfrute, el interés o los logros personales con otras personas (ej.: ausencia de acciones de mostrar, traer o apuntar los objetos de interés a otras personas)

d) ausencia de reciprocidad social o emocional (nota: en la descripción, se dan los siguientes ejemplos: no participar activamente en juegos simples sociales, prefiriendo actividades solitarias o involucrando a otros en actividades sólo como simples herramientas o ayudas "mecánicas")

(2) discapacidad cualitativa en la comunicación, manifestada por al menos uno de los siguientes síntomas:



a) retraso, o ausencia total, del desarrollo del lenguaje hablado ( no acompañado por intentos de compensación con modos alternativos de comunicación como el lenguaje de gestos o mímico)

b) en individuos con lenguaje apropiado, discapacidad marcada en la habilidad de iniciar o mantener una conversación con otros

c) uso del lenguaje estereotipado y repetitivo o lenguaje idiosincrásico

d) ausencia de juegos de representación o imitación social variados y apropiados al nivel de desarrollo

(3) patrones restringidos, repetitivos y estereotipados, de comportamiento, intereses y actividades, que se manifiestan por al menos dos de los siguientes síntomas:

a) preocupación que abarca uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés, anormal en intensidad o focalización

b) apego aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales

c) manías motoras repetitivas y estereotipadas (ej.: aleteo o contorsión de manos o dedos, o movimientos complejos del cuerpo completo)

d) preocupación persistente por partes de objetos (ej.: ruedas de coches)

B. Retraso o funcionamiento anormal en al menos una de las siguientes áreas, que deberían aparecer antes de los 3 años:

(1) interacción social

(2) lenguaje para comunicación social

(3) juegos simbólicos o imaginativos

C. Los síntomas no se ajustan mejor a los descritos en el Síndrome de Rett o en el Trastorno Desintegrador Infantil.

a) preocupación por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés, que es anormal en intensidad o focalización

b) apego aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales

c) manías motoras repetitivas y estereotipadas (ej.: aleteo o contorsión de manos o dedos, o movimientos complejos del cuerpo completo)

d) preocupación persistente por partes de objetos (ej.: ruedas de coches)

B. Retraso o funcionamiento anormal en al menos una de las siguientes áreas, que deberían aparecer antes de los 3 años:

(1) interacción social

(2) lenguaje para comunicación social

(3) juegos simbólicos o imaginativos

C. Los síntomas no se ajustan mejor a los descritos en el Síndrome de Rett o en el Trastorno Desintegrador Infantil.

La Sociedad Autismo de Norte América (más adelante ASA) propone la siguiente definición:

*El AUTISMO es una discapacidad severa y crónica del desarrollo, que aparece normalmente durante los tres primeros años de vida. Ocurre aproximadamente en 20 de cada 10,000 nacimientos y es cuatro veces más común en niños que en niñas. Se encuentra en todo tipo de razas, etnias y clases sociales en todo el mundo. No se conoce ningún factor en el entorno psicológico del niño como causa directa de Autismo.*

Los síntomas, causados por trastornos cerebrales, incluyen:

(1) Perturbaciones en la rapidez de aparición de las habilidades físicas, sociales y de lenguaje.

- (2) Respuesta anormal a sensaciones. Cualquier combinación de los sentidos y sus respuestas están afectados: Visión, oído, tacto, dolor, equilibrio, olfato, gusto y el modo en que el niño maneja su cuerpo.
- (3) El habla y el lenguaje no aparecen o retrasan su aparición a pesar de que existan capacidades intelectuales evidentes. Tiene un simbolismo individual particular y extraño; en otros casos, se observa un mutismo total.
- (4) Relación anormal con personas, objetos o acontecimientos.
- (5) No pueden conectarse emocionalmente con el mundo que les rodea.
- (6) Notable habilidad para manipular los objetos con los que guardan una relación afectiva muy especial.
- (7) Apariencia física de inteligencia en contraste con el idiota o débil mental.
- (8) Algunos tienen un desarrollo de la conducta motriz, ágil y temprana. Otros suelen golpearse la cabeza y realizar distintas manifestaciones de autoagresión.
- (9) Tienen en general una memoria excepcional.
- (10) Algunos son huraños y desobedientes. Otros muestran conductas adhesivas y una fuerte tendencia a amoldarse a los adultos como pasta.

El Manual Estadístico de Diagnóstico de la American Psychiatric Association (mas adelante APA) en su versión DSM-III dice: "Puesto que estos trastornos *no parecen tener mucha relación* con los trastornos psicóticos de la vida adulta, no se ha empleado el término "psicosis" para denominarlos. Se ha preferido el término de trastornos profundos del desarrollo porque permite una descripción más precisa del núcleo de la alteración clínica: